

Hirsch Dentistry

Jason Hirsch DMD, MPHá685 Royal Palm Beach Blvd. Suite 201, Royal Palm Beach, FL 33411

561-795-7959

Nombre del Niño\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El Sexo: Masculino / Femenino La Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pediatra del Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay alguna condición médica especifica o medicacion que debe ser de interés para el consultorio dental?

No / Sí: ¿Qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Hay alguna de las siguientes inquietudes o su hijo está tomando un medicamento para lo siguiente?**:

* Alergia: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Condición cardíaca: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diabetes: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cáncer: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Problemas de sangrado: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Neurológico: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hospitalizacion: No / Sí: ¿Qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es el propósito de su visita hoy?

* Primera Visita: No / Sí
* Cuidado Rutinario: No / Sí
* Incomodidad: No / Sí
* ¿Cuando fue la última visita dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Dónde fue la visita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuando se tomaron las últimas radiografías? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Hay alguna preocupación dental específica para el Dr. Hirsch hoy? (Por favor, sea breve)

**Los padres y la información de pago:**

Nombre del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Con nuestro software actualizado, nos comunicaremos con usted para confirmar las citas através de mensajes de texto y correo electronico y/o llamadas telefónicas convencionales.)

Si es tutor legal, explique brevemente la relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informción del seguro dental:

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El Número de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acuerdo de Servicios:**

El padre or tuto estade acuerda pagar todos los servicios prestados durante esta cita a menos que se hayan acordado otros arreglos.

El seguro dental es un beneficio, no una garantía de pago. Todos los procedimientos no cubiertos se explicarán antes de entregar los servicios y deben pagarse en su totalidad en el momento del servicio.

Cuando una cita está programada en nuestra oficina, el tiempo se reserve exclusivamente para usted. Con el fin de mantener nuestra sobrecarga y su costo tan bajo como sea posible, le pedimos que nos dé al menos 24 horas de aviso si usted no puede mantener y cita. Las citas rotas son muy costosas: por lo tanto, se le cobrará una tasa de cita rota **$40** por cada cita perdida. Hacemos todo lo posible para recordarle sus dias de cita con anticipación, pero is su responsabilidad.

Comprendo perfectamente los terminos y condiciones de este:

La Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_